

Universidad del Salvador
Facultad de Psicología y Psicopedagogía

**El bebé prematuro y sus padres:
Creación de un Programa de
Intervención Psicológico
implementado en las Unidades
de Cuidados Intensivos Neonatales**



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tesis Doctoral

Director de Tesis: Dra. Alicia Oiberman

Doctorando: Lic. Ana Lía Ruiz (T.E. 4-502-0662 anaruiz@sion.com)

Fecha: Marzo 2002

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN GENERAL A LA PRESENTE TESIS	9
- Fundamentación de la elección del tema	10
- Planteo del problema	11
- Propósitos	12
- Importancia del estudio	13

1º PARTE.	
EL NACIMIENTO PREMATURO, EL NIÑO Y SUS PADRES	15

Capítulo 1. El cuidado de recién nacidos prematuros

1.1: Introducción	17
1.2: Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros	17
1.3: Una incubadora para neonatos	19
1.4: La exposición de los recién nacidos prematuros	21
1.5: La neonatología en nuestro país	23
1.6: Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal	23
1.7: Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional	24
1.8: Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematurez	26
1.9: Embarazos de riesgo y experiencias de vida	29
1.10: Bibliografía	33

Capítulo 2. El nacimiento de un niño, el nacimiento de unos padres

2.1: Paternidad y maternidad	35
2.2: Embarazo. Conflictos y temores de la mujer embarazada	35
2.3: Ansiedades de la embarazadas	38
2.4: El embarazo como preparación para la paternidad	41
2.5: Etapas psicológicas del embarazo	42
2.6: La constelación maternal	43
2.7: El futuro padre	45
2.8: Bibliografía	48

Capítulo 3. La maternidad y la paternidad prematura

3.1: Introducción	51
3.2: Los primeros momentos posteriores al nacimiento	52
3.3: El dolor psíquico	54
3.4: "Somos madres especiales porque somos madres prematuras"	55
3.5: El recién nacido prematuro: lo propio como diferente	58
3.6: La problemática de los duelos	63
3.6.A: "Gastar un nombre": el duelo anticipado	64
3.6.B: Duelo por el fin del embarazo	66
3.6.C: Duelo por un nacimiento normal	68
3.6.D: Duelo por un bebe perfecto	68
3.6.E: Duelo por el alta del bebé	69
3.7: El padre	70
3.8: Bibliografía	75

Capítulo 4. El lenguaje corporal del bebé prematuro: pensar al bebé

4.1: La construcción del cuerpo	77
4.2: La comprensión del comportamiento neonatal	78
4.3: El lenguaje corporal del bebé internado en UCIN	79
4.4: El bebé prematuro de bajo peso y edad gestacional (RNMBPN)	80
4.5: Funciones sensorio perceptuales	84
4.5.A: Sensibilidad táctil	84
4.5.B: El sistema vestibular	87
4.5.C: Sistema auditivo	88
4.5.D: Sistema visual	89
4.5.E: Sistema olfativo y gustativo	90
4.5.F: La succión	91
4.5.G: Los estados de conducta	93
4.6: Bibliografía	98

Capítulo 5. Situaciones críticas en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

5.1: Situaciones críticas e interacción padres-bebé	101
5.2: Diagnóstico incierto	103
5.3: Malformación congénita	106
5.4: Muerte de un bebé	109
5.5: Bibliografía	116

Capítulo 6. Investigaciones sobre la paternidad del niño nacido prematuro

6.1: Introducción	117
6.2: Impacto ante la separación temprana entre padres y recién nacido prematuro	117
6.3: Investigación sobre el estrés paterno ante la internación del RNP	119
6.4: Influencia del nacimiento prematuro sobre la paternidad y crianza del niño en sus primeros años de vida	121
6.5: Percepciones paternas acerca del niño nacido prematuro	123
6.6: La depresión materna y su influencia en el desarrollo del niño	124
6.7: Bibliografía	127

Capítulo 7. El devenir futuro de los niños que nacieron prematuros. Resultados de nuestras investigaciones

7.1: Los primeros años de los niños que nacieron prematuros	129
7.2: Evaluación del desarrollo de RNMBPN de 2 a 30 meses de edad	129
7.3: Los niños nacidos prematuros en edad escolar	132
7.4: Niños vulnerables: niños en riesgo	135
7.5: Conclusiones	137
7.6: Bibliografía	139

2º PARTE. LA CREACIÓN DE UN ESPACIO PSICOLÓGICO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

141

Capítulo 8. Programas de intervención sobre el recién nacido prematuro y sus padres

8.1: Introducción	143
-------------------	-----

8.2: El prematuro como un privado sensorial. La estimulación "adicional"	143
8.3: El prematuro como inmaduro. El cuidado del medio ambiente extrauterino	144
8.4: La asistencia individualizada del prematuro	145
8.5: La asistencia psicológica a la familia del prematuro	146
8.6: Programas de intervención sobre recién nacidos prematuros y sus padres:	
Revisión de la bibliografía	147
8.7: NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)	148
8.8: La asistencia psicológica a los padres	154
8.9: El trabajo con la familia	157
8.10: Integración y formación de psicólogos en el área de la perinatalidad	158
8.11: La atención psicológica basada en el Método de Observación de Lactantes de E.Bick (1964)	159
8.12: Programa de intervención de Romana Negri	159
8.13: Atención psicológica desarrollada por C. Duron	166
8.14: Programa de Intervención Psicosocial para niños de alto riesgo	170
8.15: Análisis de los diferentes programas de intervención	174
8.16: Bibliografía	178

Capítulo 9. Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres

9.1: Descripción del programa de intervención psicológica	181
9.2: Bases del programa	182
9.3: Objetivos	183
9.4. Programa de intervención psicológica sobre el RNMBPN y sus padres	185
9.4.A: 1º momento: impacto ante el nacimiento prematuro, la creación de una membrana extra uterina.	186
9.4.B: 2º momento: primeros contactos padres-prematuro, facilitando los encuentros con un bebé real.	189
9.4.C: 3º momento: interacción cercana. Fortalecimiento de funciones paternas	193
9.4.D: 4º momento: preparación para el alta. Segundo nacimiento del bebé	196
9.5: Bibliografía	199

3º PARTE. INVESTIGACIÓN

Capítulo 10. Evaluación de un programa de intervención psicológica sobre el recién nacido y sus padres llevado a cabo en una unidad de cuidados intensivos neonatales

10.1: Introducción	203
10.2: Planteo del problema	203
10.3: Estrés y depresión	204
10.4: Plan de trabajo	206
10.5: Análisis estadístico	211
10.6: Análisis de la sub-escalas de la PSS: NICU	217
10.7: Inventario de depresión de Beck (BDI)	223
10.8: Análisis de las entrevistas	225
10.9: Discusión	231
10.10: Bibliografía	241

4º PARTE. CONCLUSIÓN

- Prematurez del recién nacido y de los padres	245
--	-----

- Maternidad y prematuridad	246
- Paternidad y prematuridad	247
- La integración de la dimensión psicológica en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales	249
- Conclusión General	251
- Bibliografía general	253

REFERENCIAS

A continuación se detalla una lista de las siglas utilizadas en el contenido de esta tesis:

UCIN	Unidad de cuidados intensivos neonatales
UCE	Unidad de cuidados intermedios
RN	Recién nacido
RNP	Recién nacido prematuro
RNMBPN	Recién nacido de muy bajo peso al nacer
PC	Parálisis cerebral
SNC	Sistema nervioso central
CRAP	Coficiente de riesgo de amenaza de parto prematuro
APP	Amenaza de parto prematuro
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care
IDU	Infant Development Unit
C.I.	Coficiente de inteligencia
MDI	Indice de desarrollo mental
PDI	Indice del desarrollo psicomotor.
BRS	Registro de comportamiento

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

SIGLAS DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

PSS:NICU	Parental Stressor Scale- Neonatal Care Unit
MSRI	Maternal Self Report Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
FES	Family Environment Scale
CLIP	Clinic Interview for parents of High-Risk Infants
NBAS	Neonatal Behavioral Assessment Scale
NNNS	NICU Network Neurobehavioral Scale
BDI II	Escala Bayley de Desarrollo Infantil II
BDI	Escala Bayley de Desarrollo Infantil
DFH	Dibujo de la figura humana,
Test GV de Bender	Test Gestáltico Visomotor de Bender
Wisc	Escala de Inteligencia para niños de Weschler

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Alicia Oiberman por sus consejos, críticas constructivas y agudeza de juicio en la dirección de esta tesis. Como así también en su estímulo y comprensión que me permitió continuar trabajando en un período difícil y lograr así una auténtica forma de trabajo.

Al Lic. Fabián Tibaldi por su apoyo y tratamiento del análisis estadístico de los datos presentados.

Al Dr. J. Ceriani Cernadas por su apoyo y estímulo en el trabajo diario en la División Neonatología del Hospital Italiano, como así también por su supervisión y guía en los diferentes trabajos llevados a cabo conjuntamente con el equipo de seguimiento de niños prematuros y como director de la Beca de investigación otorgada por la Sociedad Argentina de Pediatría que fue la base de esta tesis.

Al Dr. C. Fustiñana por la lectura y orientación de parte de este trabajo, quién supo captar lo esencial del mismo y estimular nuevos interrogantes.

Y a ambos por su reconocimiento del significado del trabajo de un psicólogo en una unidad de cuidados intensivos y equipo de seguimiento, cuya opinión y apoyo fue responsable de que pudiera continuar mi labor.

Como así también a los Dr. E. Lupo, Dr. G. Mariani, Dr. A. Jenik, Dra. N. Lopez, Dr. C. Garbaniati secretarías y a todos aquellos médicos residentes, becarios, puericultoras, que de una forma u otra participaron en esta investigación.

A la Dra. V. Cravedi y Dra. D. Rodríguez por su cooperación en el trabajo de campo y sus consejos en este trabajo, que es en parte el producto de un esfuerzo en conjunto con los diferentes integrantes del equipo de seguimiento de niños prematuros del Hospital Italiano del que forman parte además las Lic. Cecilia Martinez y Lic. Laura Guzzetti.

A todo el personal de enfermería del citado hospital, que en nombre de su jefa Lic. A. Leyton, agradezco toda su ayuda, apoyo y cuyas agudas observaciones y comentarios contribuyeron a la formulación de ciertos puntos desarrollados en este trabajo, cómo así también mi integración a una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Al Dr. L. Novali y Susana Diez por el tiempo dedicados a la lectura, corrección y consejos dados sobre esta tesis.

Quiero expresar muy especialmente mi agradecimiento hacia las familias y bebés prematuros que me permitieron compartir tanto de ellos.

Por último a mi familia en cuyo seno fue gestada esta tesis. A mi esposo Jorge por su apoyo emocional y el compartir nuestro tiempo con un tercero en discordia: "la tesis de doctorado" y a mis hijos Diego, Pablo, y a mi nuera Carla, por su sostén afectivo e informático que permitió una reorganización en los vínculos madre-hijos:... las madres (y suegras) también necesitan ayuda.



**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

Introducción general a la presente tesis

Carta de un prematuro a sus padres

A mis padres
Para todos soy un prematuro
porque nací antes de tiempo
Prematuro, como si fuera algo malo
muchos me miran con aprensión,
otros con pena y compasión
y algunos hasta con curiosidad

Pero Yo quisiera decirles
a ustedes mis padres
que por favor me miren como a un hijo
No teman hacerlo
Nacer antes de tiempo no es culpa de
nadie y para querer y ser querido
no se necesita ser grande

Es cierto que me falta ser más maduro
y hasta entonces necesito de los demás
especialmente de mis médicos
y enfermeras. Pero a ustedes
mis padres puedo verlos y sentirlos.
Necesito mucho de vuestro cariño
como estoy seguro
ustedes también del mío.

¿Por qué no pensar que somos
afortunados por poder vernos antes?
Es bueno nacer ya grande
pero si igual estamos juntos
no es malo pesar poco y ser prematuro

Ustedes son tal cuál los imaginaba
Yo diría que quizás aún mejor
y cuando me miran y sonríen
me están diciendo.....
que lo mismo piensan de mí.

A veces los veo apenados
por no poder abrazarme y alzarme,
sin embargo por mi pequeño tamaño
una caricia de ustedes me colma de amor
Desde mi incubadora veo a todos inmensos
Desde mi incubadora veo a todos inmensos
impotentes en sus uniformes.
Pero cuando llegan ustedes
sólo veo vuestros ojos
y cuando me miran
me siento igual que antes
cuándo no había nacido
Porque me siento protegido
protegido y por sobre todas las cosas: **Querido**

No dejen de mirarme
yo más que los veo, los siento
y así estamos como antes
como siempre...juntos
Queridos padres: soy vuestro hijo
el mismo que ustedes concibieron
quizás no el que ustedes imaginaron
cuando primero me vieron.

Pero yo les doy una nueva oportunidad
Todas las oportunidades
y tiempo que necesiten
para reponerse del susto
para asumir los problemas que he provocado
y para reorganizar nuestra casa
porque yo los quiero
y se que USTEDES a MI

A. Miguel Larguía (1983)

A partir de las palabras del Dr. Larguía quisiéramos comenzar esta tesis que girará alrededor del nacimiento prematuro, del bebé y sus padres, palabras que reflejan de alguna manera aspectos que serán objeto de análisis y desarrollo teórico.

Fundamentación de la elección del tema

El interés sobre los niños nacidos prematuros y sus padres surge de una práctica de 11 años de trabajo como psicóloga en una Unidad de Cuidados Neonatales e integrante del equipo de seguimiento de niños nacidos prematuros de la División de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicho seguimiento es realizado por un equipo multidisciplinario y la función del psicólogo consiste en un acompañamiento a la familia y sus hijos desde el nacimiento.

Por otra parte, la labor desarrollada desde 1972 como maestra de ciegos permitió el acercamiento a las experiencias vividas por padres y niños en las unidades de cuidado intensivo neonatal. Los padres relataban experiencias muy dolorosas en relación a la separación del niño y los avatares vividos durante su internación, situación agravada por el futuro incierto del niño.

En aquel momento, la retinopatía del prematuro era una entidad médica poco conocida y los padres eran los que detectaban la pérdida parcial o total de la visión en los niños. Ello agravaba aún más las experiencias dolorosas del nacimiento prematuro.

La integración al equipo de Estimulación Temprana del Servicio de Neurología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, permitió también el conocimiento de aquellos niños que, nacidos prematuros, quedaban con alguna secuela de origen neurológico o con cierto retraso psicomotor, que se lograba revertir con algunas sesiones de estimulación temprana.

Tanto en unos como en otros casos, los padres hablaban de la hospitalización en la Unidad de Neonatología y de sus dificultades para contactarse con un bebé pequeño y para poder llegar a conocer sus necesidades. Expresaban, además, los temores y las angustias vividas durante la internación y el alta del bebé.

Las observaciones de la diada madre-bebé prematuro realizadas como parte de la formación en los Seminarios de Observación de Lactantes, coordinados por la Prof. Kamala Di Tella, permitieron a su vez, un registro de los pequeños detalles y signos corporales alrededor de los cuales la vida psíquica del bebé comienza a organizarse, como así también los sufrimientos corporales de estos bebés pequeños y sus padres.

La lectura del material en el seminario de aplicación del método de observación de lactantes (Bick, 1964), en este caso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, permitió crear "un espacio mental" para poder plantearse ciertos interrogantes acerca de la prematurez y la inserción del campo psicológico en ese ámbito de trabajo.

La investigación realizada con niños nacidos con menos de 1500 gramos en el Hospital Italiano, en la que se evaluó el crecimiento corporal y los trastornos que pudieran perturbar los procesos de aprendizaje, dió lugar a ciertos interrogantes que hacen a la condición de la prematurez, y estas primeras experiencias ligadas a un nacimiento antes de término, marcan el futuro desarrollo del niño y las primeras interacciones con sus padres. En dicha investigación se evaluaron y entrevistaron a 25 niños nacidos prematuros y sus padres, cuyas edades iban de los cinco a los catorce años.

Las evaluaciones psicológicas fueron realizadas a "ciegas", desconociéndose datos de la historia de los niños, que podrían influir en los resultados.

Interrogados los niños acerca de qué significaba haber "nacido prematuro", la mayoría hicieron referencia al tamaño (Tan "chiquitos que entraban en la palma de la mano", fue la respuesta dada por la mayoría).

Los padres, y en especial las madres, expresaron sentimientos de dolor, angustia y ansiedad, experimentados durante la internación de sus hijos y los difíciles momentos que habían atravesado durante los primeros años de vida de los niños.

Estos comentarios fueron correlacionados con observaciones realizadas en la interacción padres-niño y con los datos aportados por la asistente social en las entrevistas realizadas con los padres, en especial las madres, las cuales expresaban una gran dosis de dependencia y sobreprotección hacia el hijo, creando un estado de "vulnerabilidad del niño".

Esta representación del niño como frágil o vulnerable surgía a partir de las primeras experiencias vividas durante la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos del mismo; experiencias que encerraban "un duelo anticipado" ante la posible muerte del niño. Este hecho, sumado a ciertos aspectos que hacen a la historia y característica familiar, aumentaba la sensibilidad de los padres, ya que la amenaza real ante cualquier peligro reactivaba las fantasías de muerte, dando lugar a un trauma, que se expresaba como temor a una pérdida. Esto dificultaba el cambio en la representación del niño, a pesar de las transformaciones del mismo dadas a lo largo de los años.

Los inconvenientes encontrados en el área gnósica-práxica, que presentaron algunos de los niños evaluados, en relación a la estructuración espacial y conocimiento del propio cuerpo, eran acompañados por dificultades de orientación que podían ser traducidas en perturbaciones en la lecto-escritura.

Las investigaciones realizadas en los últimos años enfatizan las dificultades que encuentran niños nacidos de bajo peso y edad gestacional, a lo largo de su desarrollo. Sus desniveles cognitivos, instrumentales y psicológicos pueden estar relacionados con la prematuridad y/o con conflictos familiares, o factores socio-económicos que la complejizan. Por lo tanto, no se puede hablar de una única etiología patológica.

Por ello, las búsquedas de factores de influencia ambientalistas, tales como nivel socio-económico y educación materna, a las que remiten las investigaciones americanas, permiten pensar que el futuro de un niño prematuro no depende sólo de cuestiones biológicas.

Planteo del problema

La presente tesis plantea que el nacimiento prematuro es tan prematuro para el niño como para los padres, en especial para la madre.

Durante los últimos meses de embarazo, se da en ambos padres un proceso por el cual comienzan a pensar en el hijo en gestación como ser diferente, personificado a través de la elección de nombres, compra de ropa, etc. A su vez, éste dará señales de presencia

por medio de movimientos fetales que comienzan a adoptar ciclos y patrones de actividad que le permiten a la madre ir reconociéndolos para anticiparse a los mismos.

Cuanto menor sea el tiempo de gestación, menor será la identificación por parte de la madre de éste como ser diferente: es una parte de su cuerpo que se pierde y los riesgos de desorganización afectiva son mayores.

Se encuentra, por lo tanto, a padres poco preparados para poder atravesar una situación como es el nacimiento e internación de un hijo con necesidades especiales; constituyendo esto un acontecimiento traumático de interrupción de un proceso.

La separación de su bebé que requiere cuidados especiales y que son brindados por otros sumerge generalmente a la madre en una "depresión reactiva protectora", dando lugar al duelo anticipado, ante el temor de la muerte de su hijo, como así también a otros duelos que deberán atravesar los padres a lo largo de la internación del niño.

Por su parte, el niño necesita los nueve meses de gestación para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Así podemos decir que la prematurez interrumpirá un proceso de "anidación biopsíquica".

Las consecuencias de esta situación, se reflejarán en las interacciones y representaciones del niño como "vulnerable o frágil", tal como fue señalado, dificultando la posibilidad de modificación de esta representación si no se trabaja adecuadamente, tal como se observó en el grupo de padres de la investigación mencionada.

Programas de intervención psicológica llevados a cabo desde el nacimiento del niño prematuro y centrados tanto en el bebé como en el estado afectivo paterno, podrían tener una influencia en el futuro desarrollo del niño.

Se debe tener en cuenta que los avances en el cuidado de estos niños han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCIN) cada vez más eficientes, cumplen un rol fundamental en la disminución de la mortalidad infantil.

Sin embargo, como fue señalado anteriormente, el nacimiento y la posterior estadía del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) provoca reacciones diversas, en general intensas y perturbadoras por parte de los padres. El estrés y la depresión materna, por ejemplo, son uno de los factores más frecuentemente observados, influyendo en los esfuerzos de reorganización posteriores al acontecimiento traumático de la prematurez.

Propósitos

Esta tesis se propone:

- 1- Analizar la significación de la prematurez, a través del enlace entre la clínica y los aportes teóricos, para aportar nuevos conocimientos a la comprensión de los efectos de lo irruptivo del nacimiento prematuro, tanto para los padres como para el recién nacido.
- 2- Identificar factores que pueden interferir en el estado afectivo de los padres, durante la

internación del bebé, y su influencia en las representaciones e interacciones padres-hijo. Así mismo, reconocer algunas posibles consecuencias que esta situación puede tener sobre el desarrollo emocional del niño.

3- Resaltar la importancia de la creación de un espacio para "lo psicológico", en las UCIN

4- Fundamentar la organización y sistematización de un Programa de Intervención Psicológica llevado a cabo en las UCIN, sobre el recién nacido prematuro de muy bajo peso y edad gestacional y su entorno familiar.

5- Sentar las bases para un trabajo interdisciplinario en las UCIN, orientando al equipo médico y de enfermería, en relación a las necesidades psicológicas del RN prematuro y su familia.

Importancia del estudio

De acuerdo con un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría de un total de 80.000 nacimientos de diversos lugares del país ocurridos entre 1988 y 1990, la tasa de bajo peso (<2500 g) fue del 10% y la de recién nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 g.) de 1,8 %, correspondiendo un 4% de RN < 1500g a la zona del Gran Buenos Aires.

Esta tesis se centra en aquellos niños nacidos con menos de mil quinientos gramos de peso y menos de treinta y tres semanas de gestación, que se denominan recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN).

Las principales ciudades del país cuentan con unidades de cuidado intensivo donde son atendidos los niños prematuros.

El Programa de intervención psicológica sobre el recién nacido prematuro y sus padres implementado en las unidades de internación que se describirá en esta tesis muestra una modalidad de abordaje clínico asistencial transdisciplinario y multifactorial llevado a cabo en colaboración con médicos neonatólogos, personal de enfermería y psicólogos.

El trabajo de investigación efectuado con una población de sesenta bebés prematuros de menos de 1500 gramos y 33 semanas de gestación y sus padres permitirá dar cuenta y explicar los hechos que se manifiestan ante el nacimiento prematuro y la necesidad de formar profesionales que puedan insertarse en las unidades de cuidado intensivo neonatal creando un espacio para la atención psicológica tanto de los neonatos como de sus familias.

1º

El nacimiento prematureo, el niño y sus padres



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1

El cuidado de recién nacidos prematuros

Introducción

Se analizarán las diferentes concepciones acerca de tiempo de gestación, parto, nacimiento y recién nacido prematuro desde la antigüedad hasta la creación de las unidades de cuidado intensivo y su funcionamiento, ligado a lo tecnológico en la actualidad.

Estos recorridos históricos permitirán un primer acercamiento a la problemática de la prematuridad del niño y los cuidados especiales que requiere en función de su edad gestacional, peso, complicaciones somáticas, etc.

La confluencia de diversos factores biológicos, genéticos, médicos y psicosociales, determinarían como "multifactorial" el nacimiento prematuro.

El recorrido de diferentes investigaciones que exploran los factores obstétricos y psicosociales que incrementan la amenaza de parto prematuro, o prematuridad, permitirán integrar diferentes puntos de vista ligados tanto al recién nacido como a su madre.

1.2 Perspectivas históricas en el cuidado de los recién nacidos prematuros

Hipócrates (citado por Gélis, 1983), reconoce que los recién nacidos ya están constituidos en todas sus partes a los 7 meses de gestación y es cuando se produce la rotación o versión interna del feto, se ubican cabeza abajo en el canal del parto. Sostiene que si el parto se produce en estos momentos, el bebé no corre riesgo de morir.

Para realizar esta rotación el bebé en gestación necesita tanta fuerza que se agota y debilita, debiendo esperar un mes para recuperar un cierto vigor y poder contar con fuerzas como para nacer en un tiempo justo.

Si el parto se produjera posteriormente a la rotación, o sea a los 8 meses de gestación, el bebé no contaría con las fuerzas suficientes para sobrevivir, ya que el octavo mes sería empleado para recuperarse y prepararse para su nacimiento.

Por otra parte, si la matriz se estremece o se sacude violentamente por los movimientos realizados por el feto a los 7 meses, y nace a los 8 meses de gestación, la posibilidad de sobrevivir sería escasa, por la debilidad del organismo.

Esta idea de que el nacimiento es más propicio a los 7 meses de gestación, ya había sido planteada por los griegos cuando se relatan los nacimientos de Apolo y Dionisio, que se produjeron a los 7 meses de embarazo (Gélis, 1983, p.107). Otra opinión semejante la planteaban Las leyes Hebraicas que establecían que los nacidos a los 8 meses de edad gestacional (como opuesto a los 7 y 9 meses) no alcanzaban el reconocimiento legal de su

nacimiento hasta que el individuo cumpliera los 30 años (Harrison, 1946).

Esta presunción acerca de la fragilidad y vulnerabilidad de aquellas personas nacidas a los 8 meses de edad gestacional puede encontrarse aún en nuestros días.

La antigua medicina y la prematurez: la naturaleza decide

Según el historiador Jacques Gélis, (1983) la mayoría de los manuales de ginecología de los siglos XVII y XVIII, consideran que el niño puede nacer entre los 7 y los 11 meses de embarazo.

Françoise Mauriceau en su *"Traité des maladies des femmes grosses et accouchées"* publicado en 1668, considera que la fecha de la concepción debe ser calculada a partir del último día de la menstruación de las mujeres y aclara que es el momento justo "cuando ha cesado por completo el color"; determinando la duración de la gestación entre 7 meses y 9 días a 11 meses y 10 días (citado por Gélis, 1983), p.106)..

Por otra parte, oponiéndose a las ideas de Hipócrates, Mauriceau (1668, citado por Gélis, 1983) plantea que el recién nacido puede sobrevivir fuera del útero solamente pasados los 7 meses de gestación, y aclara que los que lo hacen a los 8 meses tienen más fuerza para sobrevivir y expresa la opinión general, de que no hay *"una fecha fija de término del embarazo; la naturaleza decide, ella solo elige el momento para liberarse de una fuerza que la oprime"* (Mauriceau, 1668, citado por Gélis, p.107)

En los siglos anteriormente mencionados, muchos nacimientos eran considerados prematuros, ya que las madres no sabían con precisión la fecha de concepción porque ellas se guiaban por sus propios cálculos, tomando como referencia el mes lunar, que es más corto. Esto traía cierta confusión en relación a la fecha establecida por los médicos, quienes se basaban en meses de 30 días. En esa época, la atención de un nacimiento prematuro o tardío podía plantear ciertas confusiones; por ejemplo, comprometer el honor de una familia o perturbar una sucesión.

Los juristas franceses, por ejemplo, necesitaban conocer con precisión el tiempo fijo de la concepción. Uno de ellos, Nicolás Venette sostenía, en 1686, (citado por Gélis, 1983) que un niño ilegítimo no podía participar en el reparto del patrimonio de una herencia. Los textos de esta época (siglos XVII y XVIII) se refieren a los prematuros como pequeños maravillosos (Gélis, 1983, p.109). Si pensamos que la mortalidad infantil era del 85 por 1000 para los niños a término, lógicamente que estos niños eran vistos como muy especiales.

Si pensamos en las malas condiciones de vida durante el embarazo, que reinaban en esos días las enfermedades, infecciones, la fiebre puerperal, y teniendo en cuenta los datos de la alta mortalidad perinatal, se puede decir que sobrevivir, para un niño prematuro, tenía algo de milagroso.

Por ello, las matronas que se ocupaban del parto, tenían siempre la tendencia a preservar la vida de la madre. Así, cuando el parto presentaba ciertas complicaciones, ellas se esforzaban por cuidar al recién nacido vivo, pero si la madre sufría luego de varias horas, si la cabeza del bebé no podía pasar por el canal de parto, o se presentaban otras dificultades, no dudaban en sacrificar al recién nacido.

Mauquest de la Motte, en su *“Traité des accouchemens naturels non naturels et contre nature”*. París, 1765 (citado por Gélis, 1983) planteaba que si el bebé prematuro que lograba sobrevivir, se prendía al pezón de la madre o nodriza luego del parto, era un buen signo.

Una de las preocupaciones de los cuidadores de estos bebés era evitar, como en todo recién nacido, la pérdida de calor. Así eran ubicados cerca del hogar de leña, envueltos en mantas. Plaquet en 1748 describe así este hecho: *“El es tan pequeño que uno piensa que los pañales y ropa que sirven para otros bebés son inútiles para él. Es ubicado en un pequeño cesto, rodeado de muchas hebras de lana o cuando se trata de un bebé de buena familia es rodeado de algodón”* (Gélis, 1983, p. 112).

Brouzet en 1748, cuenta la historia de Marseillan, un niño que su madre dio a luz a los 5 meses de embarazo: *“De recién nacido tenía la forma de un feto. Durante sus primeros 4 meses posteriores a su nacimiento, permaneció sin llorar, sin succionar, sin hacer ningún esfuerzo aparente para alimentarse, sin ningún movimiento de brazos y piernas. Luego de 4 meses hasta los 9 meses de vida, él emergió de golpe de esa especie de letargo. Comenzó a llorar, succionar, tomar el pecho. Movi6 sus extremidades a tal punto que a los 16 meses era tan fuerte como un bebé de su edad”* (Gélis, 1983, 110)

Las nociones de “nacimiento antes de tiempo”, “vulnerabilidad”, “fragilidad” y “discapacidad”, se expresan a través de obras teatrales, como Ricardo III, de Shakespeare, quien hacía referencia a su nacimiento prematuro como causa de su defecto físico (cojera).

“Una vez que los obstetras comenzaron a salvar a las parturientas de los peligros del parto y de las infecciones, con los procedimientos antisépticos, como lavado de manos con alcohol, esterilización de instrumentos, usos de guantes, (asepsia preconizada entre otros por Pasteur, en 1878), y los nacimientos comenzaron a realizarse en los hospitales, nuevos avances e instrumentos para salvar la vida de las embarazadas y los recién nacidos surgieron. Entre ellos los fórceps, cesáreas y el empleo de las incubadoras para asegurar la sobrevivencia de recién nacidos prematuros”. (Rollet, 1996).

1.3 Una incubadora para neonatos

Se denomina en la actualidad *incubadora* a un aparato cerrado para que los prematuros completen su desarrollo y cuya temperatura, humedad del aire y aporte del oxígeno se regula con precisión. Los cuidados aportados al prematuro se realizan a través de aberturas.

El prototipo de la incubadora fue la “cuna de Ruehl”. Johann Georg von Ruehl (1769-1848, médico personal de la zarina rusa y médico del hospital principal imperial de San Petersburgo) creó, en 1835, la bañera de doble pared de chapa, para calentar a los recién nacidos de riesgo; contaba con un espacio hueco que se llenaba con agua caliente la que se cambiaba cada dos horas y su temperatura se controlaba de modo permanente.

Los recién nacidos que necesitaban calor permanecían tumbados en la bañera como si fuera una cuna, cubierta con un paño de batista, permitiendo así un baño de aire caliente.

La "cuna de Ruehl", se consideraba muy apta para poder salvar la vida a muchos recién nacidos (Ceriani Cernadas, 1999). Sus beneficios se asocian con los esfuerzos que se realizaban en esos tiempos para mantener la temperatura de los recién nacidos prematuros. Esta fue perfeccionada por el médico francés Denucé, de Burdeos, quien la denomina "incubadora para prematuros", y por Credé, en Leipzig, en 1864 (Ceriani Cernadas, 1999).

Según Jacques Gélis (1983), en la 2ª mitad del siglo XVIII, los médicos, la Iglesia y el Estado, manifiestan su voluntad de salvar a los recién nacidos. Así es como surgen en Francia, por ejemplo, una serie de manuales y artículos consagrados al parto y la pediatría y se comienza a pensar en el prematuro como un recién nacido que demanda una atención especial. Comienza, también, la observación del estado físico de las madres y su relación con el nacimiento de niños vigorosos.

Helen Harrison (1946) relata en su libro *"The premature baby book"*, luego de la guerra Franco-Prusiana, cómo la población francesa había quedado diezmada. Los médicos, entonces, se abocaron al cuidado y protección de los recién nacidos, y a la posibilidad de incrementar su sobrevivencia.

Fue así como un ginecólogo y tocólogo francés, Stéphane Tarnier, se interesó, en 1878, en una incubadora empleada en el zoológico para incubar huevos. Comenzó así a idear la posibilidad de crear una semejante para los recién nacidos prematuros.

En 1881 es usada la primera incubadora de aire caliente en la Maternidad de París. En este modelo, la temperatura del aire se podía mantener en forma constante y con facilidad, ya que el llenado de agua era más sencillo que en los modelos anteriores.

Uno de los discípulos de Tarnier fue Pierre Budin, considerado el "padre de la neonatología". Este médico estableció una unidad especial para recién nacidos prematuros y enfermos, la cual consistía en un pabellón nuevo y aislado para los niños "débiles" (Rollet, 1996).

Los cuidados brindados a los recién nacidos fueron de interés para Budin, ocupándose de la puericultura de los niños pequeños.

Este neonatólogo, definió al recién nacido prematuro como aquél que nace con un peso inferior a 2500 gramos en su libro *"Manuel pratique d'allaitement"*, publicado en 1907, describiendo los cuidados especiales que requiere un prematuro y las complicaciones que pueden presentar en su cuidado.

Estas giran alrededor de tres aspectos:

- 1) control de la temperatura
- 2) dificultades en la alimentación
- 3) vulnerabilidad y poca resistencia a las enfermedades.

Para el control de la temperatura emplearon la primera incubadora con aire humidificado, la cual contaba con una alarma eléctrica para calentar o recalentar el aire.

Budin aconsejaba utilizar el aire de la calle o jardín ya que lo consideraba más sano que el que circulaba por el ambiente hospitalario (Harrison, 1946).

En relación a la alimentación plantea un régimen específico. En su Manual, especifica tablas de cantidades diarias de leche que deben tomar los prematuros según el peso de

nacimiento y aconseja la lactancia materna o la suministrada por una "ama de leche". Este médico estimulaba a las madres de los prematuros a alimentar a sus hijos y a colaborar en la alimentación de los niños a término.

Para prevenir las infecciones sugería una estricta higiene y esterilidad, siguiendo las mismas reglas aplicadas en las maternidades y salas de operaciones (Rollet, 1996). Budin daba importancia a los vínculos entre el recién nacido prematuro y sus madres, estimulando sus visitas al bebé. Proveía de anteojos de protección que permitían a las madres ver a sus hijos dentro de las incubadoras. (Harrison, 1946).

Este neonatólogo afirmaba que era mucho mejor colocar la incubadora junto a la cama de la madre, pues no debía subestimarse la supervisión que ella ejercía sobre el niño.

Si se piensa en qué época y cuántos años han transcurrido desde la fecha en que Budin escribió estas palabras, las mismas adquieren un significado muy especial, ya que en la actualidad nos encontramos aún con profesionales que restan importancia al vínculo entre el recién nacido prematuro y sus padres.

1.4 La exposición de los recién nacidos prematuros

En 1896, un discípulo americano de Budin, Martín Couney, presentó en la Exposición de Berlín, las incubadoras con 6 bebés prematuros, que habían sido "prestados" por Virchow, por entonces Director del Hospital "La Charité" de Berlín. El público acudía a presenciar el espectáculo de "los niños que sobrevivían", sin pensar en los sufrimientos que la prematuridad acarrea (Cone, 1979).

Un año más tarde, en 1897, Couney (citado por Fava Vizziello, 1992) quiso llevar su "espectáculo" a la Victorian Exposition, en Inglaterra. En este país encontró oposición a presentar a bebés prematuros ingleses. Debía "reclutar" recién nacidos prematuros franceses que fueron transportados a Inglaterra y esta circunstancia dio lugar a la creación de la incubadora de aire caliente que resultó más práctica para el transporte.

En 1899, Couney transportó las incubadoras a Estados Unidos, exhibiendo bebés prematuros en la Main Transmissipi Exposition. Los padres dejaban en manos de Couney el cuidado de los recién nacidos, ya que ellos los consideraban tan pequeños que se sentían incapaces de salvarlos.

Se exhibieron alrededor de 500 niños prematuros, durante 39 años en diferentes puntos del país. Luego, la atención de los mismos pasó a manos de los hospitales. (Harrison, 1946). En los lugares donde se presentaba el espectáculo "Infant Incubators with Living Infants" el público acudía a presenciarlo, sosteniendo con el pago de sus entradas los gastos que requería el cuidado de los niños. Así se hizo en la Pan- American Exposition en Buffalo, en 1901.

En Chicago, la exposición fue ubicada en un lugar cercano a un Centro de Espectáculos de danzas, en el cual bailaba una conocida actriz: Sally Rand. Según relato de Harrison H. (1946), cuando esta actriz fue detenida en una ocasión por ofender la moral pública, se quejó

de que los niños prematuros expuestos en sus incubadoras, tenían menos ropa que ella.

Reflexionemos aquí sobre las diferencias de actitud ante aquellos recién nacidos prematuros definidos por los Manuales de Obstetricia (Mauquest de La Motte, 1765, Brouzet, 1748 citados por Gélis, 1983) como "frágiles y milagrosos", rodeados de cuidados especiales y estos que eran expuestos en ferias sin reparos.

Durante varios años, Couney con sus "child hatchery" se instaló en el estado de Coney Island y su hija, Hildegard, que nació prematura, fue exhibida a lo largo de 3 meses. Más tarde, ella se transformaría en una de las nurses de Couney, colaborando en el trabajo con su padre.

A diferencia de Budin, para Couney, los padres no tenían cabida en la atención de los niños prematuros; ya que por temor a infecciones respiratorias e intestinales (recordemos que era la época anterior al uso de los antibióticos), se los separaba de su cuidado y las enfermeras en un acto de expropiación del bebé, sustituían a los padres. Como es lógico, esto generaba un rechazo por parte de éstos.

A la vez, Couney sentía a los padres como ingratos e injustos, ya que no comprendían su preocupación, y no les exigía ninguna retribución económica por el cuidado de sus hijos (Harrison, 1946). A pesar de ciertas dudas acerca del comercialismo y show, que rodeaban a los cuidados que Couney brindaba a los bebés prematuros, esta acción influyó en el interés mundial acerca de los cuidados y sobrevida de estos niños tan pequeños.

Couney recibió varias críticas, entre ellas las del periódico "Lancet". Muchas personas se oponían a la exposición sin límites y carente de respeto sobre el sufrimiento y dolor de niños y padres. (Fava Vizziello, 1992). Pero una de las consecuencias favorables fue el importante papel asignado al personal de enfermería, contribuyendo a la formación de enfermeras especializadas en el área. Así, en 1923, se creó la primera Escuela de formación, en el Chicago's Sarah Morris Hospital.

Couney influyó también en la formación del neonatólogo Julius Hess, quien más tarde alcanzó renombre en el cuidado y atención de los recién nacidos prematuros.

El primer Servicio para prematuros creado en Estados Unidos fue en el Hospital Michael Reese de Chicago. Klaus y Kennell (1975), relatan cómo los bebés permanecían de 10 a 90 días internados en nursery, sin contacto con sus padres. Sin embargo, los días previos al alta, las madres concurrían al Hospital donde se les enseñaban los cuidados que requerían sus bebés.

En Europa, Miller y Spencer (1948, citados por Klaus y Kennell, 1975) estudiaron desde 1945 y hasta 1947 la asistencia del bebé prematuro en su hogar y sus conclusiones determinaron que esta modalidad era muy propicia para el desarrollo del niño y la familia. Comprobaron, además, que era un buen método de atención para los niños con un peso inferior a los 1600 gramos.

Sin embargo, en las décadas del 50 y 60 se excluyeron a los padres de los servicios de neonatología. Posteriormente esta actitud fue modificada, en parte, por la era de los antibióticos, aunque aún se mantienen ciertas restricciones en relación a las visitas de los padres, en algunos Servicios de Neonatología.

1.5 La Neonatología en nuestro país

En nuestro país, el Dr. Juan Jorge Murtagh, quién asumió en 1942 la jefatura del Departamento de Puericultura del Instituto de Maternidad Alberto Peralta Ramos, sentó los cimientos de la neonatología ya que convenció a los obstetras de que la recepción y asistencia del recién nacido corriera por cuenta de médicos pediatras. Escribió, entre otras obras, "Prematuros y débiles congénitos" y creó en 1965 la Asociación para el Perfeccionamiento Asistencial del Prematuro.

Por otra parte, y en forma simultánea, tres médicos neonatólogos, comenzaron a gestar la Neonatología moderna en diferentes puntos de nuestro territorio. Ellos fueron, el Dr. Alfredo Larguía en la Maternidad Sardá en el año 1968, el Dr. Jacobo Halac, en Córdoba en el año 1967 y el Dr. Vicente Climent en La Plata, en el año 1968. (Ceriani Cernada, 1999).

1.6 Los recién nacidos prematuros y la asistencia neonatal

Grandes cambios se han dado a lo largo de estos años en el cuidado brindado a los recién nacidos prematuros, desde la creación en la Maternité de Paris de una sala para recién nacidos "débiles" o sea los prematuros bajo la dirección de Budín, las exhibiciones en exposiciones como la de la Feria de Berlín en 1986, la de Chicago, en 1933, etc., en las que Couney cobraba al público la entrada para ver esos pequeños "monstrum".

Fava Vizziello (2000), plantea en relación a esta exposición pública a la que fueron expuestos los recién nacidos prematuros dentro de sus incubadoras, un destino compartido con otros fenómenos de las ferias: grandes obesos, enanos, gigantes, locos. Las unidades de cuidado intensivos neonatal en la actualidad distan de estas imágenes.

Se describirán a continuación detalles generales de la organización de la unidad de internación neonatal y, en especial, la del Hospital Italiano donde se realizó el trabajo clínico y de investigación con los recién nacidos prematuros y sus padres.

La atención del recién nacido con problemas o alguna patología es brindada en unidades de internación que son clasificadas de acuerdo con su complejidad en diferentes niveles (Ceriani Cernadas, 1991)

El nivel 3 es el de máxima complejidad y es denominado UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales); brinda asistencia a niños que requieran cirugía cardíaca, neurocirugía, diálisis y estudios diagnósticos especiales, como los prematuros.

El nivel 2 llamado UCE, (unidad de cuidados intermedios) brinda asistencia a niños de diferente patología clínica que requieran una mediana complejidad en sus cuidados. Ambos niveles cuentan con servicios de laboratorio, diagnóstico por imágenes y médicos de guardia durante las 24 horas.

El plantel de enfermería posee una alta especialización para el cuidado y asistencia de los niños. La relación enfermera es de 1:1 niño en los recién nacidos muy graves y 1:2 niños

ó 1:3 niños, en aquellos con enfermedad moderada internados en UCIN. En las unidades de cuidado intermedio (UCE) la relación es de 1 enfermera: 4 niños o de 1:5.

El área de cuidados intensivos tiene una circulación semirestringida y restringida. Cuenta con una pre-sala de ingreso donde médicos, enfermeras, padres, o cualquier persona que entre a la unidad deberá dejar su abrigo o guardapolvo. Todos deberán lavarse las manos antes de ingresar a ambas unidades.

En el nivel 1 se incluyen a aquellos neonatos nacidos a término y que permanecen internados en las habitaciones de la Maternidad en una modalidad de internación conjunta madre-hijo.

En la unidad de internación neonatal del Hospital Italiano de Buenos Aires los hermanos de los niños internados pueden ingresar a la unidad acompañados por sus padres cuantas veces puedan hacerlo y deseen; los abuelos del niño podrán hacerlo una vez por día.

Las unidades 2 y 3 cuentan con equipamiento de diferente complejidad de acuerdo a las necesidades de los niños: monitores para signos vitales, respiradores, equipos de fototerapia, etc. Por ser el Hospital Italiano un centro de derivación, la UCIN, posee un equipamiento de alta complejidad.

Por otra parte se cuenta con dos salas con bombas extractora de leche, para las madres que tienen sus hijos internados.

1.7 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional

Anteriormente se planteó que los prematuros eran clasificados por el peso de nacimiento. Así, un niño nacido con menos de 2.500 g era sinónimo de RN prematuro, en relación a los RN a término que eran de un peso mayor y considerado normal. (Lupo, 1991).

Con el tiempo se comprobó que esta clasificación no era correcta ya que había RN prematuros que pesaban más de 2.500 g y viceversa, RN de un embarazo a término que pesaban menos. De ahí que se combinó el peso de nacimiento y la edad gestacional en una misma clasificación.

Las semanas de gestación del RN se deben calcular a partir del primer día de la última menstruación, sumando el total de días hasta el parto y dividiendo por siete. El resultado se expresa por semanas.

Se clasificó a los neonatos según la duración del embarazo en tres grupos: a) *RN de término*, los nacidos entre 38 y 41 semanas; b) *RN pretérmino* los que nacieron con 37 semanas o menos y c) *RN de postérmino* cuando el nacimiento se producía a las 42 semanas o más.

Los RN de bajo peso para su edad gestacional, son comúnmente llamados *desnutridos fetales*, aún cuando no lo fueran, y se asocian a patologías tales como malformaciones congénitas, infecciones intrauterinas y enfermedad hipertensiva del embarazo.

Por otro lado, los RN pretérmino con un peso inferior a 1500g se denominan recién nacidos de muy bajo peso al nacer RNMBPN y a los de menos de 800g, "prematuros extremos" si la edad gestacional es menor de 26 semanas.

La determinación de la edad gestacional en el RN de muy bajo peso presenta una serie de dificultades y es poco confiable (Ceriani Cernadas, 1999). De allí que la gran mayoría de las publicaciones consideren al peso de nacimiento como mejor parámetro para cualquier clasificación.

La atención de estos niños es muy compleja por las características que su manejo implica y los trastornos que pueden tener, determinando cuidados muy especiales.

La mayoría de los niños presentan un desarrollo neurológico normal pero en este grupo es mayor la incidencia de parálisis cerebral (PC), retardo mental, retrasos en el lenguaje, dificultades en la lectoescritura y comportamiento (Fustiñana, 1991).

Las desventajas fisiológicas que presentan al nacer estos niños prematuros son: inmadurez pulmonar y cardiovascular, inadecuada termorregulación, inmadurez del SNC, inmadurez gastrointestinal, inmadurez hematológica, déficit inmunológico, inmadurez hepática, inmadurez renal.

Estas desventajas pueden traer aparejados riesgos tales como enfermedad de membrana hialina, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizantes, infecciones severas, ictericia, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, etc.

En cuanto a las causas de partos prematuros, éstas son múltiples. Pueden deberse a:

- Factores pre-concepcionales tales como aspectos socio-económicos, por ejemplo, desnutrición materna, madres adolescentes, enfermedades maternas no controladas, etc.
- Factores obstétricos durante el embarazo tales como embarazo múltiple o rotura prematura de membranas (la causa más frecuente de parto prematuro) infección urinaria, etc.
- Complicaciones obstétricas que obligan a la interrupción de la gestación, por ejemplo metrorragia, hipertensión arterial del embarazo (causa muy frecuente de interrupción de la gestación), diabetes, etc.
- Factores fetales tales como malformaciones congénitas o infecciones adquiridas durante la gestación. Por ejemplo, rubéola, Chagas, etc.

Con respecto a la incidencia de recién nacidos con un peso inferior a 2500g, varían las causas del bajo peso entre las diferentes poblaciones, de acuerdo a factores socio-económicos y socioculturales.

De acuerdo a lo mencionado por Ceriani Cernadas (1999, p.135), en base a un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Pediatría, de un total de 80.000 recién nacidos, el 10% tuvo bajo peso y el 1,8% correspondió a una tasa de niños nacidos con muy bajo peso al nacer (<1500 g.). Se encontraron diferencias no sólo en función de las zonas geográficas del país, sino de las instituciones, si las mismas eran públicas o privadas, aumentando el porcentaje de RN de bajo peso si la institución era pública. Se demuestra, de esta manera la influencia de los factores socioeconómicos sobre los partos prematuros. Por otra parte, la mortalidad infantil es mayor en el grupo de niños RN con muy bajo.

Esta tesis se ocupará del grupo de niños nacidos de muy bajo peso (<1500 g) RNMBPN, y sus padres.

El niño RNMBPN que llega a la UCIN debe ser puesto en incubadora, entubado, con respirador, monitoreado, alimentado por sonda nasogástrica y sometido a múltiples exámenes.

El equipo de la UCIN se organiza alrededor de él y es “adoptado” tempranamente por la unidad, creando un estado de parentalidad transitoria por parte del equipo tratante.

Los padres serán por un tiempo “padres part-time”, y delegarán en otros los cuidados especiales que requiere su inmaduro hijo.

De acuerdo a lo planteado, los factores que determinan el nacimiento de estos niños son múltiples. Entre ellos se encuentran factores sociales, económicos, culturales, que se tratarán de elucidar en las entrevistas con los padres y equipo de atención del niño.

1.8 Factores de riesgo psicosocial ligados a la prematurez

Al nacimiento prematuro frecuentemente se lo llama “multifactorial”, ya que en su determinación influyen diversos factores y causas, tal como se mencionó anteriormente. Varias investigaciones han señalado la injerencia de factores biológicos, genéticos y médicos. Aunque los médicos obstetras han prestado atención a aquellas mujeres que presentan signos y síntomas, no se han podido evitar las causas del nacimiento prematuro, porque su característica multifactorial, determina que no pueda tomarse un solo factor de riesgo como causante.

A esto se debe agregar la singularidad de la mujer embarazada ya que para algunas, la combinación de varios factores puede implicar una injuria, mientras que en otras sólo uno o dos pueden transformarse en riesgo de parto prematuro. Por otra parte, los factores psicosociales que pudieran interferir en el desarrollo normal del embarazo, aún no han sido suficientemente analizados.

La palabra “riesgo” significa peligro, contingencia de un daño. La posibilidad de definir factores de riesgo de prematurez entraría en una dialéctica de prevención.

En la antigüedad, las matronas que asistían los partos tenían como prioridad preservar y cuidar la vida de la madre, antes que la del recién nacido, y la preocupación por la mortalidad materna se sostuvo por parte de los obstetras hasta la mitad del siglo XX. Los avances de la medicina perinatal, dieron lugar a la reducción de los riesgos para la madre, durante el embarazo y parto (Sebastiani, 1994).

Según Rousseau (1994), la noción de embarazo de riesgo se ha desarrollado durante los años 60, a partir de la identificación de factores de riesgo de mortalidad perinatal. Esto trajo como consecuencia la reducción de la mortalidad perinatal en los países occidentales entre los años 1960 y 1985.

¿Cuáles son los embarazos de riesgo?. Se podrían clasificar entre aquellos que presentan alguna condición médica materna como anemia, diabetes, enfermedades tiroideas, cardiopatías, lupus, hipertensión arterial, u otras.

Por otro lado, se pueden señalar antecedentes obstétricos, por ejemplo, embarazos que cursan en las edades extremas de la vida reproductiva, como así también la presencia de alguna infección durante el embarazo, antecedentes de abortos espontáneos, de partos prematuros, muertes fetales. También, anomalías anatómicas del útero, antecedentes de cesáreas, niños anteriores con malformaciones congénitas.

Dentro de las complicaciones del embarazo se puede señalar las metrorragias, ruptura de las membranas ovulares, hipertensión arterial, retardo del crecimiento uterino. Todos estos son desencadenantes del parto prematuro (Sebastián, 1994).

Sin embargo quedan aún por identificar ciertos factores de índole psicosocial que podrían tener una influencia negativa en el curso normal de desarrollo del embarazo y del feto. Sería interesante reflexionar acerca de los factores de riesgo psicosocial que pueden estar involucrados en el nacimiento prematuro.

E. Papiernik ha sido una de las promotoras en ésta área, con la difusión de su "coeficiente de riesgo de parto prematuro" (CRAP, 1969, citado por Papiernik, 1983).

En el interrogatorio de mujeres embarazadas que habían dado a luz en forma temprana, Papiernik encontró ciertos datos que le resultaron significativos (Papiernik, 1983) y la llevaron a centrarse en el análisis de ciertos aspectos tales como actividades físicas realizadas durante el embarazo, mudanzas, viajes muy largos, u otros aspectos ligados a tipo de vida que llevaban y que les exigían un esfuerzo extra. Observó una mayor frecuencia entre estos datos, y ciertos factores obstétricos como contractibilidad uterina, y su influencia en el parto prematuro.

En consecuencia, elaboró el CRAP, en el que incluyó factores socio-económicos, personales, laborales, al lado de los clásicos factores biológicos, ginecológicos, genéticos, durante el embarazo. Menciona así, entre otros:

- Consultas tardías
- Falta de control perinatal
- Condiciones laborales desfavorables para el desarrollo normal del embarazo.
- Desconocimiento por parte de la embarazada de ciertos signos corporales, por ejemplo, contracciones.
- Viajes que incluyan distancias excesivas

Estos factores descriptos fueron corroborados luego del análisis de estudios perinatales realizados con una población de embarazadas francesas (Haguenau-Papiernik, 1973; Estryn, 1978, Mamelie-Lazar, 1980, citados por Papiernik, 1983).

En su artículo "Prévention de la prématurité" (Papiernik, 1983), subraya que el efecto del trabajo físico o laboral, no contradice los factores médicos. Estos factores se pueden conjugar, por ejemplo, en un esfuerzo físico determinado que quizás no haga ningún daño a una mujer embarazada normal y puede tener consecuencias muy graves cuando la embarazada presenta en su historia clínica antecedentes de embarazo prematuro, u otras cuestiones médicas como un cuello uterino menos resistente.

Papiernik (1983) señala que la prevención de la prematurez es necesaria a pesar de los significativos logros alcanzados en el cuidado neonatal del recién nacido, con poco tiempo gestacional.

A su vez, el aumento de las cesáreas y el cuidado obstétrico del feto y neonatológico del recién nacido, han significado una mejoría en el estado clínico de los niños.

Estos resultados alentadores, sin embargo, se contradicen con el mayor número de niños con secuelas graves encontrados entre los recién nacidos prematuros de menos de mil